

# 令和4年度 事業計画・達成評価表

センター名	<b>西部</b>	センターの 重点目標	①地域住民が自らの健康を維持できるよう、フレイル予防などに積極的に取り組めるような環境づくり ②認知症高齢者の支援体制を確認しながら、関係機関等と協働し、本人・家族を地域で支える仕組みづくり ③個人情報保護に関する取り組みの強化と業務の効率化 ④感染症について最新の情報を確認しながら対応方法を学び、実践する	<b>【達成度の目安】</b>  S : 目標を上回る A : 目標通り B : 目標をやや下回る C : 目標を大きく下回る
	高齢者総合相談センター			

## 1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	普及啓発活動	・認知症の理解者を増やすため、地域住民に向けて継続的に働きかけを行っていく必要がある。	①区民ひろばの自主グループ、町会等の地域住民に向けて認知症サポーター養成講座開催(4回)。 ②認知症高齢者への関わり方を学ぶために介護者や地域住民と勉強会を行う(1回)。	①認知症の理解者を増やすために「認知症サポーター養成講座」を開催(2回)。 ②認知症高齢者への関わり方を学ぶ勉強会の開催(1回)。	①認知症の理解者を増やすために「認知症サポーター養成講座」を開催(対面2回、オンライン3回)。高齢者との関わりが多い職種の方に認知症高齢者の特徴や具体的な対応方法、ヒアリングフレイルなどについて講義した。区民ひろばにて土曜日に開催したことで幅広い世代の参加があり、認知症に対する理解を深めることが出来た。 ・今年度は他の区民ひろばでも計画したが移転時期の延期で来年度への持ち越しとなった。 ②民生委員班活動の一環として「介護者の会勉強会」を支援した。介護者の会の運営方法などを説明し、会の立ち上げについて助言した。また地域で行っている認知症高齢者への支援や今後の活動について意見交換した。 ・「本人ミーティング」へ毎回出席することで参加者と顔なじみになり、今後の支援に繋がったケースもあった。認知症ご本人が思いを発する場所となり、運営方法についても学ぶことが出来た。 <課題> ・認知症の理解者を増やすため、地域住民に向けて継続的に働きかけを行っていく必要がある。 ・若年世代への働きかけがあまりできていない。	S	
2	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議の実施	・「ゴミ出し支援」を行う実際の担い手や支援を希望する高齢者の発掘ができていない。	①地区懇談会テーマ:「ゴミ出しが困難な高齢者への支援Ⅱ」 モデルケースを選定し、それを踏まえて課題を見つけ、対策を考える。 ②「元気はつらつ報告会」の開催(4回)。 ③個別ケア会議を実施し、チームで問題解決が出来るようにする(20件)。 ④地域ケア会議全体会に向けての意見集約。	①モデルケースの選定。 ②地域CM参加による「元気はつらつ報告会」の開催(1回)。 ・「高齢者の生活支援推進員」と共に行う「元気はつらつ報告会」の開催(1回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、個別ケア会議を実施(10件)。 ④意見を集約し、地域ケア会議全体会検討会にて報告する。	①地区懇談会開催(1回)。 ②「高齢者の生活支援推進員」と共に行う「元気はつらつ報告会」の開催(2回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、個別ケア会議を実施(10件)。 ④意見を集約し、地域ケア会議全体会検討会にて報告する。	①地区懇談会は「地域の支え合う力を高めるには」をテーマに開催。ゴミ出し支援のモデルケースの一例から、ニーズ把握ができ、「地域での支えあい」について商店街、民生委員、区民ひろば、地域住民より聞き取りを行った(21件)。当日は町会、民生委員、CSWなどに加え、「まちづくり講座」参加者、地域福祉サポーターなど、地域住民が出席し、モデルケースの報告とグループワークを行った。ゴミ出し支援の仕組みづくりだけでなく、地域での支え合いや地域には何とかがしたいと思っている方が個々に活動している状況を共有した。 ②「元気はつらつ報告会」はアトリエ村包括と合同開催1回、単独開催3回。合同開催では、地域CMが事例提出者や傍聴者として参加、また薬剤師会へ参加を働きかけ、2名の参加に繋がった。単独では「高齢者の生活支援推進員」との定例打合せでの開催とし、多職種からのアドバイスをプランに取り入れたことで、ADLの向上につながった。 ③困難ケースを中心に個別課題を検討するため個別ケア会議を開催(15件)。多職種で話し合ったことで課題を整理し、支援の方向性を確認することができた。 ④地域ケア会議全体会検討会では西部包括での取り組みを随時報告した。当日、「ゴミ出し支援のモデルケース」については発表した。 <課題> ・多世代による新しい担い手の発掘や個々に活動している住民の把握に努める。 ・既存の社会資源活用を継続する。 ・「元気はつらつ報告会」では事例に沿った助言者の選定を継続的に行う。	S

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
3	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	権利擁護の取り組み	<ul style="list-style-type: none"> <li>・包括が権利擁護に関する情報発信や相談窓口の役割を担っていることが、広く周知されていない。</li> <li>・権利擁護に関する最新の情報を地域住民に向けて発信出来ていない。</li> <li>・消費生活センターへの情報提供でとどまったため、定期的に連携していく必要がある。</li> <li>・「豊島区終活あんしんセンター」について地域住民へ情報提供を行ったが、実際に連携するまでには至らなかった。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①「消費生活センター」「豊島区終活あんしんセンター」と情報交換し、必要な方々につなぐ。地域住民や関係機関に向けて出張相談等で権利擁護に関する最新情報を発信する(年6回)。</li> <li>②金融機関などへ出向き、包括における権利擁護の取り組みについて周知を図り、現状の困りごとを把握する(7か所)。</li> <li>③権利擁護に関する所内研修や事例検討の実施。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①地域住民や関係機関等へ向けて権利擁護に関する最新の情報を発信する(3回)。</li> <li>②郵便局、銀行などに出向き、現状の困りごとを把握する(4か所)。</li> <li>③権利擁護に関する所内研修(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①地域住民や関係機関等へ向けて権利擁護に関する最新の情報を発信する(3回)。</li> <li>②郵便局、銀行などに出向き、現状の困りごとを把握する(3か所)。</li> <li>③権利擁護に関する事例検討(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①・出張相談にて地域住民へ向けて「消費者被害について」注意喚起した(3回)。また近隣の消費者被害時には警察への通報を働きかけたり、自動通話録音機設置(3件)につながったケースもある。</li> <li>・「消費生活センター」より情報提供を受け、包括職員がご自宅に訪問し、被害を未然に防ぐことができた。</li> <li>・「豊島区終活あんしんセンター」について情報提供し、実際に地域住民が任意後見制度や成年後見制度について直接関係者団体から学ぶ機会を設けた。</li> <li>②・金融機関へ成年後見制度について説明した(1回)。</li> <li>個別のケースについても情報共有しながら対応している。</li> <li>・郵便局に出向き、消費者被害や気になる利用者がいないか情報収集し、包括の周知を行った(2か所)。また、金融機関等へ同行した際にも包括の周知を行い、情報共有した(4か所)。</li> <li>③消費者被害に関する所内研修(1回)、虐待疑いの事例検討(1回)実施し、初動について再確認した。</li> </ul> <p>&lt;課題&gt; ・権利擁護に関する最新情報を地域住民や関係機関に向けて随時情報提供できるようにする。</p>	A
4	施策1. 介護予防・総合事業の推進	高齢者の社会参加と住民主体の通いの場の拡大	<ul style="list-style-type: none"> <li>・「まちの相談室」をうまく活用できていない。</li> <li>・既存の社会資源との連携が難しい。</li> <li>・サービス卒業後に利用できる社会資源が不足している。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①通所型サービスBの新規利用者の受付窓口となり、地域CMや本人・家族へ卒業を意識したサービス利用につなげる(30件)。</li> <li>②通所型サービスB「つながるサロン」サポーターの後方支援を行う(12回)。</li> <li>③フレイル予防関連のパンフレットを窓口・訪問にて配布。出張相談等で「介護予防センター」や「まちの相談室」の周知活動を行い、利用につなげる。</li> <li>④「高齢者の生活支援推進員」と連携して新たな社会資源を模索する(6回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①窓口相談、アセスメント訪問時など(15件)。</li> <li>②サロン運営の支援をする(6回)。</li> <li>③「介護予防センター」や「まちの相談室」につなげる(3件)。</li> <li>④情報交換の機会を持つ(3回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①窓口相談、アセスメント訪問時など(15件)。</li> <li>②サロン運営の支援をする(6回)。</li> <li>③「介護予防センター」や「まちの相談室」につなげる(3件)。</li> <li>④情報交換の機会を持つ(3回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①窓口相談にてパンフレットを配布し、卒業を意識したサービスへ繋げた(13件)。他圏域で開催中のサロンへの通所希望者が多いため、活動状況を視察するなど情報収集に努めた。</li> <li>②サロン開催時には後方支援を行った(18回)。訪問しない月は担当職員が事務所に待機し、必要に応じて支援が可能となる体制をとった。10月には「ヒートショックと感染予防」について講義した。</li> <li>③パンフレットを用いながら出張講座や出張相談等にてフレイル予防について話をした(3件)。結果、短期集中通所型サービスや「まちの相談室」へ繋がった。</li> <li>④「高齢者の生活支援推進員」との打ち合わせに参加(6回)。新たな社会資源(「ポールdeウォーク」、「まちづくり講座」)について後方支援した。</li> </ul> <p>&lt;課題&gt; ・他圏域で行われている「つながるサロン」について知る。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・「通所型サービスB事業実施マニュアル」に基づいて、サロンコーディネーターと連携し、引き続き後方支援を行う。</li> </ul>	A
5	施策2. 生活支援の充実	見守りに関するネットワーク構築と成果の確認	<ul style="list-style-type: none"> <li>・コロナなどで地域活動が制限され、高齢者の状況が把握しづらくなっている。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①民生委員や町会長など地域の関係機関とのネットワークの強化。地域の商店など見守り機能のある社会資源との連携。</li> <li>②「高齢者の生活支援推進員」と共に地域の課題解決のため、ニーズの把握や担い手の掘り起こしを行う。</li> <li>③消防署や警察と連携し、地域の高齢者に対して防災防犯の注意喚起を行う。</li> <li>④アウトリーチ連絡会の開催。「通報対応表」の傾向の報告と課題についての意見交換を行う。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①民生委員(28人)、町会長(5人)などへ出向き、見守り支援事業の周知と地域の情報収集。</li> <li>②「高齢者の生活支援推進員」と新たな仕組みづくりに向けての準備(3回)。</li> <li>③訪問時チラシなどを活用し、防火防災、防犯の注意喚起を行う。必要に応じて防火防災診断(2件)や自動通話録音機などにつなげる。</li> <li>④アウトリーチ連絡会開催に向けて準備する。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①町会長(8人)、地域の関係機関(10か所)などへ出向き、見守り支援事業の周知と地域の情報収集。</li> <li>②「高齢者の生活支援推進員」と新たな仕組みに着手できるようにする(3回)。</li> <li>③訪問時チラシなどを活用し、防火防災、防犯の注意喚起を行う。必要に応じて防火防災診断(2件)や自動通話録音機などにつなげる。</li> <li>④「通報対応表」の報告からみえてきた課題について意見交換を行う(1回)。</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>①④・民生委員、町会長へ地域の課題や心配な高齢者について聞き取りを行い、アウトリーチ連絡会にて報告した。また、「通報対応表」の報告と「地域で孤立しがちな方をどのように支えていくか」をテーマに意見交換し、関わり方の工夫を共有した。</li> <li>・包括や見守り支援事業の周知を図るため、地域の商店や新たに着任した管理人などを訪問した(11件)。結果、地域で気になっている高齢者について包括や見守り支援事業担当者へ連絡が入り、一緒に対応することがあった。</li> <li>②「高齢者の生活支援推進員」と連携し、「ポールdeウォーク(11回)」、「まちづくり講座(7回)」開催の後方支援を行った。参加者の新たな居場所となり、潜在的な担い手となり得る地域住民と関わることが出来た。</li> <li>③消防署と連携して防火防災診断を実施(4件)。防災について注意喚起したことで対象者の意識付けを図った。また消防署と情報共有したことが緊急対応時に活かされたケースもあった。詐欺被害の恐れのある方に、自動通話録音機の設置(2件)や、見守り訪問事業(2件)に繋げ、見守り体制を整えた。</li> </ul> <p>&lt;課題&gt; ・地域の社会資源への働きかけが十分でない。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・継続的に「高齢者の生活支援推進員」、CSWなどと連携し、地域のニーズに合った仕組みや居場所作りなどに取り組む必要がある。</li> </ul>	S

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
6	施策2. 生活支援の充実	地域の関係機関と共に考える孤立予防への取り組み	・実態調査の結果から、コロナなどで外出のきっかけが減り、閉じこもりがちになった方が多いことがわかった。 ・同居家族がいるが心配な世帯(老障、高齢夫婦など)の情報の把握が難しい。 ・75歳未満の相談履歴のない高齢者への緊急対応が増えてきた。こうした層への働きかけが課題。	① 昨年の実態調査や、今年度の熱中症訪問から得られた情報を元に見守り体制を確認し、優先順位に応じた支援を行う。 ② 閉じこもりがちの方に向けて、地域の情報をまとめた「お出かけマップ」の作成に着手する。 ③ 民生委員や関係機関などから心配な世帯について情報収集し、必要な支援につなげる。	① 昨年の実態調査の判定作業をする。熱中症訪問など(約900件)で生活アセスメントを行い、見守り体制を確認し、その後の支援につなげる。 ② 地域の関係機関や当事者などから情報収集する。 ③ 民生委員や地域の関係機関への訪問などで情報収集をする。	① 熱中症訪問などにより、見守り体制を確認する。アウトリーチ対象者は優先順位に応じた支援を行う。 ② 情報をまとめてマップを作成する。 ③ 民生委員や地域の関係機関への訪問などで情報収集をする。	① 実態調査、熱中症訪問などで得られた情報をもとに、対象者の生活実態を確認。その情報を元に見守り方法を検討、「高齢者救急代理通報システム」などの一般施策や配食、介護サービス、見守り支援事業など必要な支援に繋げた。 ② 地域の情報をまとめた「見守り広報誌の令和5年春号(令和5年4月発行)」作成に取り組んだ。 ③ 全民生委員を訪問し、地域の心配な世帯について情報収集。それをもとに訪問などにより必要な支援に繋げたり、包括や見守り支援事業の周知を図った。 〈課題〉 ・アウトリーチ活動やウィズコロナなどの情報から、閉じこもりがち高齢者が多いことを把握したが、外出するきっかけ作りが不足している。 ・高齢者世帯、同居家族がいるが心配な世帯(老障など)の把握が難しいため、継続的な働きかけが必要。	A
7	施策1. 介護予防・総合事業の推進	訪問型・通所型サービスの推進	・サービス利用により状態改善が期待できるケースがあるが、提供できるサービスの選択肢が少ない。	① 窓口相談・出張相談等で基本チェックリストの実施(30件程度) ② 地域CM等に向けて総合事業制度やサービス利用の周知を図る(年2回)。 ③ 地域住民が通所型サービスBの活動内容を理解し、利用に向けて支援する(10件) ④ 「ちょっと前の自分を取り戻す」ことを目標に「事業対象者」「要支援者」に向けて「介護予防」の視点を持ち、区独自基準型サービスや短期集中型サービスの利用を進める。	① 基本チェックリストの実施(15件)。 ② CM連絡会等で総合事業制度の内容を周知(1回)。 ③ ④ 介護予防手帳を活用したセルフプランの作成支援(5件)	① 基本チェックリストの実施(15件)。 ② 事例検討会等で総合事業制度の内容を周知(1回)。 ③ ④ 介護予防手帳を活用したセルフプランの作成支援(5件)	① 窓口相談や出張相談等で基本チェックリスト実施(26件)。本人の状態や意向に合わせて利用できるサービスを提案し、通所Cなどの利用に繋げた。 ② 地域CMへ「西部CM連絡会」にて総合事業の趣旨、内容等について説明を行った。サービス提供事業所の不足やケアマネジメント(帳票、サービス内容)を確認し、情報共有した(6月)。 ③ 「つながるサロン」では他圏域のサロン活動を視察(2ヶ所)し、コーディネーター・サポーターとの情報共有ができた。CMへ担当利用者のサロン参加を促し、利用に繋げた(2件)。また、地域住民に活動内容を説明し、一般利用に繋げた(12件)。 ④ 介護予防手帳を活用したセルフプランの作成を支援し、利用に繋げることができた(通所C14件、訪問C20件、訪問B4件)。 ・出張講座等にて地域住民へフレイル予防の周知を行い、総合事業の利用に繋がった。 〈課題〉 ・適切なサービスに繋げるために基本チェックリストの実施機会を増やす。 ・他圏域で行われている「つながるサロン」について知る。	A
8	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	介護者・支援者への支援	・「認知症介護者の会」について継続した参加に至らない。 ・「認知症介護者の会」の参加者が増えず、必要と思われる人の利用につながっていない。	① 「認知症介護者の会」(11回)について、窓口相談の他、介護者や地域CMに対して周知する。また、「認知症介護者の会」への紹介リストを作成し、後追いができるように工夫する。 ・継続的に参加できるよう、参加しやすい時間や、内容などの要望を聞き、検討する。 ② 所内で課題や支援の方向性を共有しながら、介入の時期を見極め、関係機関と連携する。相談3事業の活用(8件)。 ③ 状態の変化に応じた対応として、ケアパスの活用、医療機関の情報提供などを行う。「認知症初期集中支援事業」(4件)や、「もの忘れ相談」(2件)の活用。	① 「認知症介護者の会」の周知と参加の働きかけ(随時)。 ② 専門相談等につなげる。相談3事業(4件)。 ③ 認知症初期集中支援事業事例提出(2件)、もの忘れ相談(1件)の活用。	① 「認知症介護者の会」の周知と参加の働きかけ(随時)。 ② 専門相談等につなげる。相談3事業(4件)。 ③ 認知症初期集中支援事業事例提出(2件)、もの忘れ相談(1件)の活用。	① 「認知症介護者の会」開催(12件)。地域CMへ向け「西部CM連絡会」にて周知した(1回)。サポーターと共に開催場所、時間等について検討し、見直しを行った。窓口相談などで介護者へ社会資源の情報提供とともに会の参加を案内した。 ② 専門相談等へ15件繋げた(専門ケア4件、援助6件、こころの相談5件)。介入のタイミングと支援者間の役割を確認したことで、支援の方向性が明確になった。 ③ 認知症初期集中支援事業事例提出(4件)。長年、問題を有しており介入が困難だったが、認知症初期集中支援チーム員と一緒に支援したことで、医療や介護に繋がったケースもあった。 ・物忘れ相談実施(定例3件、随時4件)。本人の拒否が強く困難なケースも認知症専門医へ繋げることで受診、治療が開始できた。また「ポールdeウォーク」等へ誘うなど、関わりを持ちながら信頼関係を築いているケースもある。 〈課題〉 ・多職種でアセスメントを行い、関係機関と情報共有することで必要な支援に繋げる。	S

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
9	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	相談支援体制の充実	・元気な高齢者への包括や施策についての周知が不十分。 ・開設時間や土曜日に開館していることが周知されていない。	①区民ひろば利用者への周知を図るため、計画的に出張相談にて情報提供する。区民ひろばとの連携を強化する。 ②地域住民へ「高齢者の夜間緊急・休日電話相談窓口」について周知する。 ・関係機関より夜間・休日の相談連絡が入り次第、早急に対応する。 ③働きながら介護する家族等へ必要な情報を提供し、相談しやすい体制を工夫する(時間や方法など)。	①出張相談窓口開設。3か所のひろば(要・千早・高松)各月2回程度。 ②随時。 ③必要な情報を整理し、適宜情報をお伝えする。	①出張相談窓口開設。3か所のひろば(要・千早・高松)各月2回程度。 ②随時。 ③必要な情報を整理し、適宜情報をお伝えする。	①3か所の区民ひろばにて出張相談窓口開設(72回)。出張相談時、一般施策、フレイル予防、消費者被害、スマホ教室等について情報提供した。元気な方へのアプローチとして、前半、後半とアプローチする団体を変更し、包括の周知も図った。 ②相談対応時、包括パンフレットや包括マグネットをお渡ししながら周知している。 ・適宜関係機関からのメール連絡の有無を確認している。相談連絡が入った際には、必要に応じて利用者宅に電話・訪問対応を行った(2件)。 ③海外在住のご家族や様々な事情に配慮した相談方法(メールなど)を随時用いたことで、窓口開館時間にとらわれることなく支援することができた。 〈課題〉 ・元気な高齢者(就労している方や区民ひろばの活動へ参加していない方)に対し包括や施策についての周知が不十分。	A
10	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	ケアマネジメントの資質向上	・オンラインの活用により、地域CMと顔の見える機会が減ってしまった。 ・一人CM事業所も増えてきたため、事業所毎に実施する必要がある研修を連絡会で共同開催することで事業所の負担軽減につながる。	①地域CMを対象とした事例検討会を開催する(1回)。 ②「西部ケアマネ連絡会」を開催し、地域CMへ最新の情報提供とケアマネジメントのフォローを行う(5回)。 ③地域CMや医療機関等と共にテーマを検討し、勉強会を企画、開催する。	②「西部ケアマネ連絡会」の開催(2回)。	①ケアマネジメント資質向上のため、「西部ケアマネ連絡会」と共催で事例検討会を実施(1回)。 ②「西部ケアマネ連絡会」の開催(3回)。 ③地域CMや医療機関等との協働による勉強会の開催(1回)。	①②対面による「西部ケアマネ連絡会」開催(6回)。事例検討会(1回)、勉強会(3回:総合事業、一般施策、高齢者虐待・権利擁護)開催。研修と合わせて、地域CMへ最新の情報提供とケアマネジメントのフォローを行った。地域CMの要望により、隔月での集合形式で定期開催。年間予定の企画段階から地域CMの主體的な参加や意見交換を重ね、ケアマネジメント資質向上のための学習会を関係機関等と連携し実施した。 ③「西部ケアマネ連絡会」にて、祐ホームクリニック豊島と協働で「認知症」についての勉強会を企画、開催した(12月)。事例をもとに服薬状況や家族対応等、具体的な対応について情報共有した。 〈課題〉 ・一人CMの事業所もあるため、定期的に制度変更や研修等について情報提供していく必要がある。 ・複合的な課題を抱える事例が増えており、多様な知識や多職種連携が求められている。	S

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてプルダウンから選択してください。施策1・施策4は3項目中2項目を選択してください。  
 ※重点事業は別紙の「計画作成にあたっての視点および留意事項」を参考にし、各高齢者総合相談センターで設定してください。

## 1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	基本チェックリスト(件数)	28件	30件	26件
2	A8、通所C、通所Bの利用促進(回数)	21回	25回	26回
3	包括主催元気はつらつ報告会(回数)	1回	4回	4回
4	地区懇談会(回数)	1回	2回	4回
5	出前講座(回数)	2回	2回	2回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	3回	4回	5回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4回	4回	4回
8	もの忘れ相談(回数)	2回	3回	8回
9	相談3事業(回数)	7回	8回	16回

## 2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	職員の資質向上とコンプライアンスの強化	<p>①担当制による所内研修の実施(毎月)。積極的に公的機関等の研修にも参加する。</p> <p>②定期的に事例検討を実施し、事例の振り返りを行う(実施)。安否確認や対応が終了した困難ケースについては、振り返りを実施し、類似ケースでの対応に活かす。</p> <p>③個人情報の取り扱いについて ・職員が情報セキュリティポリシー等が遵守できているか自己点検をする(2回)。 ・定期的なパスワード変更。 ・個人情報に関する研修に参加し、所内研修で共有する。</p>	<p>①職員の資質向上のための所内研修(6回)、外部研修(随時)。 ②事例検討(6回)。振り返り(随時)。 ③「セキュリティセルフチェック」を実施(4月)し、振り返ることで今後の実践に活かす。 ・パスワード変更(4月、職員異動時等)。 ・「個人情報保護と情報セキュリティ対策研修」の伝達研修(1回)。</p>	<p>①職員の資質向上のための所内研修(4回)、外部研修(随時)。 ②事例検討(4回)。振り返り(随時)。 ③「セキュリティセルフチェック」を実施(10月)し、振り返ることで今後の実践に活かす。 ・パスワード変更(職員異動時等)。 ・法人による「個人情報に関する研修」の参加(1回)。</p>	<p>①職員が担当となり、「個人情報」、「接遇と記録」、「ひきこもり支援について」、「MCSの使い方」など所内研修実施(7回)。また外部研修へ参加し、所内に伝達研修実施(随時)。 ②事例検討、振り返りを実施(11回)し、類似ケースへの支援に役立てた。 ③年2回「セキュリティセルフチェック」の実施。 〈課題〉 ・「個人情報」、「接遇と記録」、「安否確認」等の研修は繰り返し行い、標準化を図る。</p>	A
2	ウィズコロナ・アフターコロナに向けた体制の強化	<p>①行政等からの必要な情報を自身で取り込むことができない、または理解できない高齢者への支援。</p> <p>②一人暮らし高齢者等を見守るために、地域の社会資源を活用し、見守りに関するネットワーク体制を強化する。</p>	<p>①必要な情報を収集できるよう、それぞれに合わせた支援を行う(随時)。 ②ネットワーク強化のために、地域の関係機関等へ包括・見守り支援事業の周知活動(5件)。 ・どこにも繋がっていない高齢者を把握するために、商店や地域住民等から情報を得られるよう、働きかける(5件)。</p>	<p>①必要な情報を収集できるよう、それぞれに合わせた支援を行う(随時)。 ②ネットワーク強化のために、地域の関係機関等へ包括・見守り支援事業の周知活動(5件)。 ・どこにも繋がっていない高齢者を把握するために、商店や地域住民等から情報を得られるよう、働きかける(5件)。</p>	<p>①コロナ禍で近隣、親族などからの支援を受けづらい方へ給付金の申請、マイナポイントの手続き等の支援を行った。 ②民生委員、町会長へ聞き取りを実施し、地域の課題や心配な高齢者について情報収集した。それを元に地域の高齢者が利用する商店などに包括、見守りの周知を行った。 〈課題〉 ・行政等からの必要な情報を自身で取り込むことができない、または理解できない高齢者への支援継続。</p>	A
3	業務改善・ICTの利活用	<p>①地域資源などの資料を整理し、必要時に情報提供する。</p> <p>②メールやMCSを活用し、家族や事業所との連携を密に行う。</p> <p>③業務の効率化を図るため、オンラインを活用する。</p>	<p>①資源整理(週1回)。 ②随時。 ③会議、研修等の開催(随時)。</p>	<p>①資源整理(週1回)。 ②随時。 ③会議、研修等の開催(随時)。</p>	<p>①週1回情報を整理することで、最新の情報を提供することが出来た。窓口ラックについては、項目ごとに分類したため探しやすくなった。また、事務所入口に「催し案内」を設置したことで、廊下を通る人も興味を持たれる方が多く見られた。 ②窓口相談ではタブレットを活用しながら最新の情報をお伝えすることが出来た。国外や遠方に住まわれているご家族とメールにてやり取りを行ったり、ICTの活用環境を準備し、CM連絡会等で主催者として開催できるようにした。 ③多職種連携の会(1回)、コアメンバー会議(3回)等でオンラインを活用したことで、幅広い職種の方と意見交換することが出来た。 〈課題〉 ・随時業務マニュアルの修正を行う。</p>	A

## 3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	多職種連携の取り組み	<p>・医療、介護、福祉関係の専門職が集い、地域医療・介護ネットワーク構築のための勉強会を企画、実施する(1回)。 ・コアメンバー会議を開催する(3回)。</p>	<p>・「コロナと災害支援」をテーマに事例検討を開催。</p>	<p>・前半の振り返りと今後の取り組みを検討する(必要時)。</p>	<p>西部多職種連携の会「災害時の対応～発災直後から72時間！どう動く？～」を開催。災害時の初動についてグループワークで検討した。地域の社会資源を確認し、必要な知識および課題を多職種で情報共有した。振り返りのコアメンバー会議では、次年度以降も継続して災害について多職種で連携することの必要性を話し合った。コアメンバー会議開催(3回)。 〈課題〉 ・次年度の活動について、テーマや方向性の確認が持ち越しとなった。</p>	A

# 令和5年度 事業計画・達成評価表

センター名	<b>西部</b>	センターの 重点目標	①地域住民が自らの健康を維持できるよう、フレイル予防などに積極的に取り組めるような環境づくり ②認知症高齢者の生活状況を確認しながら、関係機関等と協働し、本人・家族を支える地域づくり ③個人情報保護に関する取り組みの継続と業務の効率化 ④感染症について最新の情報の確認と対応	<b>【達成度の目安】</b> S：目標を上回る A：目標通り B：目標をやや下回る C：目標を大きく下回る
	高齢者総合相談センター			

## 1-1. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する項目

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自 で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 <small>どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。</small>	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	施策1. 介護 予防・総合 事業の推進	高齢者の社会参加 と住民主体の通いの 場の拡大	・他圏域で行われている「つながるサロン」について知る。 ・「通所型サービスB事業実施マニュアル」に基づいて、サロンコーディネーターと連携し、引き続き後方支援を行う。	①他圏域で行われている「つながるサロン」を見学する(4件)。 ②通所型サービスBの新規利用者の申込窓口となり、地域CMや本人・家族へ卒業を意識したサービス利用につなげる(30件)。 ③通所型サービスB「つながるサロン」サポーターの後方支援を行う(12回) ④「高齢者の生活支援推進員」と連携して新たな社会資源を創出する。	①「つながるサロン」の見学(2件)。窓口相談等でICTを活用し、情報提供する(随時)。 ②窓口相談、アセスメント訪問時など(15件)。 ③サロン運営の支援をする(6回)。 ④情報交換の機会を持つ(定例会3回他)。	①「つながるサロン」の見学(2件)。窓口相談等でICTを活用し、情報提供する(随時)。 ②窓口相談、アセスメント訪問時など(15件)。 ③サロン運営の支援をする(6回)。 ④情報交換の機会を持つ(定例会3回他)。		
2	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	介護者・支援者への支援	・多職種でアセスメントを行い、関係機関と情報共有することで必要な支援に繋げる。	①「認知症介護者の会」(月1回)について、包括での窓口相談の他、介護者や地域CMに対して周知する。 ・「認知症介護者の会」への紹介リストを作成し、継続的に参加の声掛けを行う。 ②所内で課題や支援の方向性を共有しながら、介入の時期を見極め、関係機関と連携する。相談3事業の活用(8件)。 ③状態の変化に応じた対応として、「認知症ケアパス」の活用、医療機関の情報提供などを行う。「認知症初期集中支援事業」(4件)や、「もの忘れ相談」(2件)の活用。	①「認知症介護者の会」の周知と参加の働きかけ(随時)。 ②専門相談等につなげる。相談3事業(4件)。 ③認知症初期集中支援事業事例提出(2件)、もの忘れ相談(1件)の活用。	①「認知症介護者の会」の周知と参加の働きかけ(随時)。 ②専門相談等につなげる。相談3事業(4件)。 ③認知症初期集中支援事業事例提出(2件)、もの忘れ相談(1件)の活用。		
3	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	権利擁護の取組み	・権利擁護に関する最新情報を地域住民や関係機関に向けて随時情報提供できるようにする。	①「消費生活センター」「警察」と情報交換し、必要な方々につなぐ。地域住民や関係機関に向けて出張相談等で権利擁護に関する最新情報を発信する(年6回)。 ②権利擁護支援が必要と思われる地域住民に対し、状況を把握し、適切な関係機関へ繋ぎ、連携する(随時)。 ③金融機関などへ包括における権利擁護の取り組みについて周知を図り、現状の困りごとを把握する。	①地域住民や関係機関等へ向けて権利擁護に関する最新の情報を発信する(3回)。 ②随時。 ③郵便局、銀行などから現状の困りごとを把握する。	①地域住民や関係機関等へ向けて権利擁護に関する最新の情報を発信する(3回)。 ②随時。 ③郵便局、銀行などから現状の困りごとを把握する。		
4	施策2. 生活支援の充実	見守りに関するネットワーク構築と成果の確認	・地域の社会資源への働きかけが十分でない。 ・継続的に「高齢者の生活支援推進員」、CSWなどと連携し、地域のニーズに合った仕組みや居場所作りなどに取り組む必要がある。	①地域住民や関係機関による見守りの意識をさらに高めるような働きかけをし、地域の見守り体制を整える。 ②地域の課題解決のため、「高齢者の生活支援推進員」やCSW等とニーズ把握、担い手の掘り起こし、居場所づくりなどを行う。 ③消防署や警察署と連携し、地域の高齢者に対して防災防犯の注意喚起を行う。 ④アウトリーチ連絡会の開催。	①地域住民や関係機関に向けて「見守り支援講座」の開催(2回)。 ・今後連携を図りたい地域の薬局などへ見守り支援事業の周知を図り、情報収集する(5件)。 ②新たなサロンや居場所づくりに向けて準備する。 ③訪問時チラシなどを活用し、防火防災、防犯の注意喚起を行う。必要に応じて防火防災診断(2件)や自動通話録音機などに繋げる。 ④アウトリーチ連絡会開催に向けて準備する。	①地域住民や関係機関に向けて「見守り支援講座」の開催(2回)。 ・今後連携を図りたい地域の薬局などへ見守り支援事業の周知を図り、情報収集する(5件)。 ②サロンや居場所づくりの定着に向けて、伴走支援する。 ③訪問時チラシなどを活用し、防火防災、防犯の注意喚起を行う。必要に応じて防火防災診断(2件)や自動通話録音機などに繋げる。 ④アウトリーチ連絡会開催(1回)。		

優先順位	施策	重点事業 (別紙を参考に各自 で記載)	現状と課題 (簡潔に記入)	重点事業に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題  どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
				取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
5	施策2. 生活支援の充実	地域の関係機関と共に考える孤立予防への取り組み	・アウトリーチ活動やウィズコロナなどの情報から、閉じこもりがちな高齢者が多いことを把握したが、外出するきっかけ作りが不足している。 ・高齢者世帯、同居家族がいるが心配な世帯(老障など)の把握が難しいため、継続的な働きかけが必要。	①熱中症訪問やアウトリーチ活動から得られた情報を元に見守り体制を確認し、優先順位に応じた支援を行う。 ②閉じこもりがちな高齢者に向けて、地域の情報や、包括、見守りに関する情報提供する。「見守り広報誌」の作成(2回)。 ③民生委員や関係機関等から心配な世帯について情報収集する。世帯と関係性を築くためアプローチをし、必要な支援に繋げる。	①熱中症訪問(約900件)などで生活アセスメントを行い、見守り体制を確認し、その後の支援に繋げる。 ②「見守り広報誌」の活用(1回)。 ③包括、民生委員、地域の関係機関等から情報収集し、訪問などで対応する。	①熱中症訪問などにより、見守り体制を確認する。アウトリーチ対象者は優先順位に応じた支援を行う。 ②「見守り広報誌」の活用(1回)。 ③包括、民生委員、地域の関係機関等から情報収集し、訪問などで対応する。		
6	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	地域ケア会議の実施	・多世代による新しい担い手の発掘や個々に活動している住民の把握に努める。 ・既存の社会資源活用を継続する。 ・「元気はつらつ報告会」では事例に沿った助言者の選定を継続的に行う。	①地区懇談会テーマ:「潜在する担い手の発掘」 課題と対策の検討。 ②「元気はつらつ報告会」の開催(アトリエ村包括合同1回、「包括・見守り・CSW・2層定例会」4回)。 ③個別ケア会議を実施し、チームで問題解決が出来るようにする(20件)。 ④地域ケア会議全体会に向けての意見集約。	①地区懇談会開催に向けての準備。 ②地域CM参加によるアトリエ村包括合同開催(1回)。「包括・見守り・CSW・2層定例会」開催(2回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、個別ケア会議を実施(10件)。 ④意見を集約し、地域ケア会議全体会検討会にて報告する。	①地区懇談会開催(1回)。 ②「包括・見守り・CSW・2層定例会」開催(2回)。 ③個別の課題を抱えたケース検討のために、個別ケア会議を実施(10件)。 ④意見を集約し、地域ケア会議全体会検討会にて報告する。		
7	施策1. 介護予防・総合事業の推進	訪問型・通所型サービスの推進	・適切なサービスに繋げるために基本チェックリストの実施機会を増やす。 ・他圏域で行われている「つながるサロン」について知る。	①窓口相談・出張相談等で基本チェックリストの実施(30件程度)。 ②地域CM等に向けて総合事業やサービス利用の周知を図る(年1回)。 ③「ちょっと前の自分を取り戻す」ことを目標に「事業対象者」「要支援者」に向けて「介護予防」の視点を持ち、区独自基準型サービスや短期集中型サービスの利用を進める。	①基本チェックリストの実施(15件)。 ②CM連絡会等で総合事業の内容を周知する(1回)。 ③介護予防手帳を活用したセルフプランの作成支援。	①基本チェックリストの実施(15件)。 ③介護予防手帳を活用したセルフプランの作成支援。		
8	施策4. 認知症になっても安心して暮らせる地域づくり	普及啓発・本人発信支援	・認知症の理解者を増やすため、地域住民に向けて継続的に働きかけを行う必要がある。 ・若年世代への働きかけがあまりできていない。	①多世代に向けて認知症の理解を広げるため、地域住民に向けて認知症サポーター養成講座開催(4回)。若い世代が参加しやすい日時を工夫する。 ②認知症高齢者への関わり方を学ぶために介護者や地域住民へ向け「認知症支援講座」を企画、開催する(1回)。 ③本人ミーティングについて、チームオレンジと協力し、参加希望者への声掛け、事業内容のすり合わせ、方向性の確認を行う(12回)。	①区民ひろばや地域住民に向けて「認知症サポーター養成講座」を開催(2回)。 ③本人ミーティングへの参加(6回)。	①区民ひろばや地域住民に向けて「認知症サポーター養成講座」を開催(2回)。 ②「認知症支援講座」の開催(1回)。 ③本人ミーティングへの参加(6回)。		
9	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	ケアマネジメントの資質向上	・一人CMの事業所もあるため、定期に制度変更や研修等について情報提供していく必要がある。 ・複合的な課題を抱える事例が増えており、多様な知識や多職種連携が求められている。	①地域CMを対象とした事例検討会を開催し、意見交換の場を設ける(1回)。 ②「西部ケアマネ連絡会」を開催し、地域CMへ最新の情報提供を行う(4回)。 ③地域CMや関係機関、医療機関等と共にテーマを検討し、勉強会を企画、開催する。(2回)	②「西部ケアマネ連絡会」の開催(2回)。 ③総合事業や生活保護についての勉強会の開催(1回)	①ケアマネジメント資質向上のため、「西部ケアマネ連絡会」にて事例検討会を実施する(1回)。 ②「西部ケアマネ連絡会」の開催(2回)。 ③地域CMや医療機関等との協働による勉強会の開催(1回)。		
10	施策3. 高齢者総合相談センターの機能強化	相談支援体制の充実	・元気な高齢者(就労している方や区民ひろばの活動へ参加していない方)に対し包括や施策についての周知が不十分。	①区民ひろば利用者への周知を図るため、計画的に出張相談にて情報提供する。 ・区民ひろばとの連携を強化する。 ・元気な高齢者へ向け包括の周知活動(2回)。 ②地域住民へ「高齢者の夜間緊急・休日電話相談窓口」について周知する。 ・関係機関より夜間・休日の相談連絡が入り次第、早急に対応する。 ③働きながら介護する家族等へ必要な情報を提供し、相談しやすい体制を工夫する(時間や方法など)。	①出張相談窓口開設。3か所のひろば(要・千早・高松)各月2回程度。 ・企業等への包括の周知(1回)。 ②随時。 ③必要な情報を整理し、適宜情報をお伝えする。	①出張相談窓口開設。3か所のひろば(要・千早・高松)各月2回程度。 ・企業等への包括の周知(1回)。 ②随時。 ③必要な情報を整理し、適宜情報をお伝えする。		

※施策は各高齢者総合相談センターの優先順位に応じてプルダウンから選択してください。施策1・施策4は3項目中2項目を選択してください。

※重点事業は別紙の「計画作成にあたっての視点および留意事項」を参考にし、各高齢者総合相談センターで設定してください。

## 1-2. 豊島区地域包括支援センター運営方針に関する指標

No.	項目	前年度実績	今年度目標	今年度実績
1	基本チェックリスト(件数)	26件	30件	件
2	A8、通所C、通所Bの利用促進(回数)	26回	25回	回
3	包括主催元気はつらつ報告会(回数)	4回	5回	回
4	地区懇談会(回数)	4回	2回	回
5	出前講座(回数)	2回	2回	回
6	認知症サポーター養成講座(回数)	5回	4回	回
7	認知症初期集中支援事業(回数)	4回	4回	回
8	もの忘れ相談(回数)	8回	4回	回
9	相談3事業(回数)	16回	10回	回

## 2. 高齢者総合相談センターの運営体制に関する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	職員の資質向上とコンプライアンスの強化	①「個人情報」、「接遇と記録」、「安否確認」等の研修を行い、標準化を図る。また積極的に外部研修にも参加する。 ②個人情報の取り扱いについて ・職員が情報セキュリティポリシー等が遵守できているか自己点検をする(2回)。 ・定期的なパスワード変更。	①職員の資質向上のための所内研修(2回)、外部研修(随時)。 ②「セキュリティセルフチェック」を実施(4月)し、振り返ることで今後の実践に活かす。 ・パスワード変更(4月、職員異動時等)。	①職員の資質向上のための所内研修(2回)、外部研修(随時)。 ②「セキュリティセルフチェック」を実施(10月)し、振り返ることで今後の実践に活かす。 ・パスワード変更(職員異動時等)。		
2	ウィズコロナ・アフターコロナに向けた体制の強化	①行政等からの情報を理解できない高齢者に向けて、それぞれの状況に合わせた支援を行う。また、社会交流ができる場やオンラインが活用できるよう、情報提供する。 ②一人暮らし高齢者等を見守るために、地域の社会資源を活用し、見守りに関するネットワーク体制を強化する。	①必要な情報を収集できるよう、それぞれに合わせた支援を行う(随時)。 ②・ネットワーク強化のために、地域の関係機関等へ包括・見守り支援事業の周知活動(5件)。 ・どこにも繋がっていない高齢者を把握するために、商店や地域住民等から情報を得られるよう、働きかける(5件)。	①必要な情報を収集できるよう、それぞれに合わせた支援を行う(随時)。 ②・ネットワーク強化のために、地域の関係機関等へ包括・見守り支援事業の周知活動(5件)。 ・どこにも繋がっていない高齢者を把握するために、商店や地域住民等から情報を得られるよう、働きかける(5件)。		
3	業務改善・ICTの利活用	①地域資源などの資料を整理し、必要時に情報提供する。 ②・窓口相談時タブレットを活用し、最新の情報を提供する。 ・メールやMCSを使用し、家族や事業所との連携を密に行う。	①資源整理(週1回)。 ②随時。 ③通年。	①資源整理(週1回)。 ②随時。 ③通年。		

## 3. 高齢者総合相談センターが独自に設定する項目

No.	評価項目	評価項目に基づく計画	計画のスケジュール		取組と成果・次年度に向けた課題 どのような取組を行い、どの程度成果が上がったか 次年度に向けた課題を具体的に記入する。	達成度
		取組内容・客観的な数値目標	前期(4月～9月)	後期(10月～3月)		
1	多職種連携の取り組み	・医療、介護、福祉関係の専門職が集い、地域医療・介護ネットワーク構築のための勉強会を企画、実施する(1回)。 ・コアメンバー会議を開催する(3回)。	・テーマや方向性の確認を行う。	・「多職種連携の会」開催(1回)。		